** Έντυπο ιατρικού ιστορικού**

**για την ασφαλή είσοδο στην Κατασκήνωση**

***(Την προσκομίζετε την ημέρα εισόδου στην Κατασκήνωση)***

Ημερομηνία: ......./......../….......

Ονοματεπώνυμο: …………………………………………………………………………………………………….

*(συμπληρώνεται από γονέα/κηδεμόνα κατασκηνωτή)*

1. Έχει νοσήσει το παιδί από COVID-19 λοίμωξη (νοσηλεία στο νοσοκομείο ή κατ’οίκον); **ΝΑΙ…. ΟΧΙ….**

2. Είχε το παιδί κάποιο από τα παρακάτω συμπτώματα συμβατά με COVID-19 λοίμωξη τις τελευταίες 14 ημέρες;

Πυρετό **ΝΑΙ…. ΟΧΙ….** Πονόλαιμο **ΝΑΙ…. ΟΧΙ….** Ανοσμία **ΝΑΙ…. ΟΧΙ….**

Βήχα **ΝΑΙ…. ΟΧΙ….** Αίσθημα κόπωσης **ΝΑΙ…. ΟΧΙ….** Μυαλγίες **ΝΑΙ…. ΟΧΙ….**

3. Έχετε έρθει σε επαφή με ύποπτο ή επιβεβαιωμένο κρούσμα COVID-19 τις προηγούμενες 14 ημέρες;

**ΝΑΙ…. ΟΧΙ….**

Ο/Η Δηλ…………. …………………………

*(Υπογραφή και ονοματεπώνυμο γονέα ή κηδεμόνα)*

**ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΕΒΑΙΩΣΗ**

*(συμπληρώνεται από Παιδίατρο)*

Ο/Η κάτωθι ιατρός................................................................................................................................

εξέτασε τον/την ..........................................................................……… του........................................

με ημερομηνία γέννησης …...../........../............., και βεβαιώνει ότι με βάση το άνωθεν ιατρικό ιστορικό που συμπλήρωσε ο γονέας/κηδεμόνας του παιδιού καθώς και τα ευρήματα της κλινικής εξέτασης σήμερα …………/…………../2020, το παιδί δεν εμφάνισε συμπτώματα και σημεία συμβατά με COVID-19 λοίμωξη.

Επισημαίνεται ότι δεν μπορεί κλινικά να αποκλειστεί ασυμπτωματική λοίμωξη.

Η παρούσα εκδίδεται για την είσοδο στην κατασκήνωση.

Ο/Η ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΣ

*(υπογραφή- σφραγίδα)*